

Sisältö

- [Uskomuslääkintääkö?](#)
- [Samat asiat puhuttavat niin meillä kuin muualla](#)
- [P O E M S - runoutta yleislääkäreille](#)
- [Joka toisella terveydenhuollon yksiköllä Suomessa internet-liitântä](#)
- [Stabiilin angina pectoriksen hoito](#)
- [Ruotsissa tiedotetaan alueellisesti](#)
- [Tutkimustoiminta](#)
- [Pilapala](#)
- [Lehtemme uudistuu](#)
- [Kursseja ja koulutusta](#)

Uskomuslääkintääkö?

Joulun alla ilmestyneessä Duodecim-aikakauslehdessä on tapausselostus 6-vuotiaan, autokolarissa loukkaantuneen pojannassikan hoidosta. Paranemisen merkittäväksi edistäjäksi kuvataan joulupukki. Joulupukin merkityksestä ja vaikuttavuudesta lääketieteessä ja erityisesti neurokirurgiassa on kirjoittajien Anu-Maaria Puumalaisen ja Matti Vapalahden mukaan hyvin vähän näyttöä. Kirjallisuusviitteitä onkin vain kaksi. Tehdyn kirjallisuushaun laajuus ei käy selostuksesta selville, eli onko kyseessä esimerkiksi pelkkä Medline-haku vai ovatko kirjoittajat pyrkineet etsimään näyttöä myös muista tietokannoista ja ns. harmaasta kirjallisuudesta.

Paras tieteellinen näyttö perustuu satunnaistettuihin tutkimuksiin, heikoin puolestaan yksittäisiin tapausselostuksiin. Kuvatun tapauksen tieteellinen näyttö voidaan siten määritellä heikoksi, mutta silti kukaan ei varmaankaan kiistä tapahtunutta eikä myöskään johtopäätöstä.

Näitä pieniä ihmeitä tapahtuu isompienkin ihmisten paranemisessa. Tiedetään, että paranemisen tahdon täytyy löytyä sieltä sängyn pohjalta. Paraneminen onkin eräänlaista bilateraalista kauppaa: ammattilaiset antavat peliin parhaan tietonsa ja taitonsa ja potilas oman tahtonsa. Asioiden kulkuun voi kuitenkin aina vaikuttaa myös joku ennakoimaton tekijä, kuten esimerkkitapauksessamme joulupukki. Ammattilaisten velvollisuus on kuitenkin aina hoitaa potilaita parhaan mahdollisen tieteellisen tiedon, ei uskomuksen, perusteella.

Viime aikoina on erilaisista viestimistä osunut silmiin kaikenlaisen huuhaan voimakas esiinmarssi. Toki yksittäinen kansalainen saa tehdä rahoillaan ja elämällään mitä haluaa. On kuitenkin huolestuttavaa, jos yhteisesti kustannettaviin palveluvalikoimiin halutaan liittää sellaista temppuja, joiden hyödyistä ei ole minkäänlaista tieteellistä näyttöä. Mieluummin tulisi hyvän ammattikoulutuksen saaneelle hoitohenkilökunnalla nykyisessä työpaineessakin antaa aikaa osoittaa potilaille myös empatiaa, jota hoidossa ehdottomasti tarvitaan. Jokainen potilas on yleensä ahdistunut ja epävarma. Jokainen hoitamisen ammattilainen, niin lääkäri kuin hoitajakin, haluaisi aikaa liikenevän myös keskusteluun ja kuunteluun.

FinOHTA kaikkine asiantuntijoineen edistää parhaaseen mahdolliseen tieteelliseen näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä terveydenhuollossa. Se on vakava tehtävä, jossa joulupukista on valitettavan harvoin apua.

Virpi Räisänen

PS. Skepsis ry antoi vuoden 1997 Huuhaa-palkinnon uskomuslääkinnälle.

A l k u u n

-

Samat asiat puhuttavat niin meillä kuin muualla

- [Lisää koulutusta](#)
 - [Tulokset käytäntöön](#)
 - [Terveysten menetelmät](#)
 - [Uusia arviointiyrkiöitä perustetaan](#)
-

Lisää koulutusta

Terveystenhuollon menetelmien arviointitoiminta on lisääntymässä niin meillä kuin muuallakin. Samat aiheet puhuttavat, ja yhä kovempaa tieteellistä näyttöä vaaditaan. Taloudellisen vaikuttavuuden tarkastelua on pidetty tärkeänä jo pitkään, mutta etenkin Suomessa ongelmana on osaavien terveystaloustieteilijöiden vähäinen lukumäärä. Julkaistujen tutkimusten kritiikittön uskomisen saa huutia sitä varmemmin, mitä useampi perehtyy kirjallisuus-katsausten teon metodiikkaan. Tiukkaa sananvaihtoa käydään sekä kirjallisuudesta tehtyjen meta-analyysien että alkuperäistutkimusten puolesta. On selvää, että hyvä alkuperäistutkimus sisältää aina myös aiheesta tehdyn kirjallisuuskatsauksen, ja toisaalta meta-analyysi voi johtaa alkuperäistutkimuksen tekemiseen. Hyviä meta-analyysseja taas ei tulevaisuudessa voida tehdä, jos tutkijavoimat valjastetaan tekemään pelkkiä kirjallisuuskatsauksia. Kumpaakin tarvitaan, mikä tulee ottaa vakavasti huomioon siinä vaiheessa, kun terveystenhuoltotutkimuksen painopisteitä asetetaan. Eikä perustutkimustakaan saa unohtaa.

Myös menetelmäkoulutusta tarvitaan lisää. Tätä on pohdittu niin kansainvälisissä tapaamisissa kuin FinOHTAn omissa asiantuntijatapaamisissa. Erityisesti tilastollista ja terveystaloustieteellistä osaamista tarvitaan kirjallisuuskatsauksien tekemisen taidon lisäksi.

Muotitermiksi on noussut näyttöön perustuva lääketiede (evidence-based-medicine). Tämä saattaa hämmentää tavallista kliinikkoa, joka on mielestään aina yrittänyt perustaa toimintansa tieteelliseen näyttöön. Jotkut puhuvatkin keisarin uusista vaatteista: jo kauan harjoitetulle toiminnalle on keksitty uusi nimi, jolla yritetään uskotella, että lääketieteessä olisi tapahtumassa suuri mullistus. Nämä skeptikot ovat varmasti ainakin osittain oikeassa. Mitään ennestään tuntematontahan näyttöön perustuva lääketiede ei sinänsä sisällä. Parhaimmillaan se kuitenkin jätkevöittää kliinistä toimintaa entistä paremmin tieteen tuloksiin pohjautuvaksi ja antaa kliinikolle aikaisempaa parempia työkaluja tieteellisen näytön löytämiseksi silloin kun sitä tarvitaan eli vaikkapa keskellä vastaanottotapahtumaa.

Tulokset käytäntöön

Myös tutkimustiedon viemisestä arkipäivän käytäntöön keskustellaan. Siinä on koko toiminnan ydin. Maissa, joissa on vakuutus pohjainen terveydenhuoltojärjestelmä, voidaan käytettyjä menetelmiä ja toimintatapoja vaihtaa, koska korvauksen piirissä ovat vain sellaiset menetelmät, joiden vaikuttavuudesta on hyvä tieteellinen näyttö. Toisin on niissä maissa, joissa ainoana mahdollisuutena on informaatio-ohjaus. Aktiivisen tiedottamisen tärkeys tiedetään, mutta miten tässä tiedon tulvassa pääsee tärkeä tieto läpi? Siihen pyrkii jokainen maa löytämään omia tapoja. FinOHTA on selvittänyt myös internetin käytön mahdollisuuksia terveydenhuollossa. Asiasta on tässä lehdessä erillinen artikkeli. FinOHTAn toiminnan kehittämiseksi on keskusteltu myös alueellisen tiedottamistoiminnan käynnistämisestä ja organisaatiokohtaisen menetelmätietopalvelun antamisesta.

Terveyden menetelmät

Terveydenhuollon menetelmien arviointi -käsite on kehittynyt vuosien varrella. Alussa puhuttiin lääketieteellisen teknologian arvioinnista. Seuraava termimuunnos *terveydenhuollon teknologia* -termi on sittemmin korvattu monissa maissa *terveydenhuollon menetelmät* -termillä. Nyt ollaan tiputtamassa pois sana *huolto*: puhuttaisiin siis *terveyden menetelmistä*. Tämä tarkoittaa arviointitoiminnan laajentamista koskemaan myös sellaisia terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolisiakin menetelmiä, joiden tavoitteena on lisätä terveyttä. Tällöin mukaan tulevat uskomuslääkinnänkin menetelmät (ent. vaihtoehtoiset hoitomuodot). Myös termi *terveys* puhuttaa lähes jokaisessa laajemmassa kansainvälisessä tapaamisessa. Ensimmäisessä priorisointikokouksessa esitettiin, että jokaisessa terveyttä käsittelevässä asiakirjassa tulisi aluksi määritellä, mitä terveydellä tarkoitetaan.

Myös uskomuslääkintä puhuttaa. Saksassa keskustellaan homeopatian ottamisesta sairaskassakorvausten piiriin. Ruotsissa valvontaviranomaiset vetävät tiukkaa linjaa: jos terveydenhuollon ammattikoulutuksen saanut on ryhtynyt harjoittamaan vaikka vapaa-ajallaan uskomuslääkintää, on seurauksena ollut ammattinimikkeen käyttökielto. Suomessa on uutisoitu energiahoitojen ja homeopatiahoitojen ottamisesta parin terveystieteiden hoitoarsenaaliin. Tietoon tulee yhä hurjempia hoitokokeiluja, kuten suonensisäinen happihoito, jota käydään saamassa Virossa. ISTAHCin (Kansainvälinen terveydenhuollon menetelmien arvioinnin seura) vuositapaamisessa Ottawassa kesäkuussa 1998 ovat yhtenä aiheena vaihtoehtoiset ja täydentävät hoidot. ISTAHCin piirissä pidetään tärkeänä, että näiden menetelmien vaikuttavuus selvitetään samoin periaattein kuin terveydenhuollon käyttämät menetelmät.

Uusia arviointiyrityksiä perustetaan

Tanskaan perustettiin syksyllä terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö, DIHTA (Danish Institute for Health Technology Assessment). Yksikköä johtaa epidemiologi, lääkäri Finn Borlum Kristensen. DIHTA alkaa toimia Tanskan terveystieteiden tutkimusyksikössä noin 25 miljoonan Tanskan kruunun vuosibudjetilla. Suunnitelmien mukaan DIHTAssa tulee työskentelemään viisi, kuusi työntekijää. Yksikön toimintarakenne ja toimintaprofiili on hyvin samanlainen kuin FinOHTAllakin.

Myös Norjaan on perustettu uusi terveydenhuollon arviointiyksikkö, joka toimii SINTEF-Unimedin

yhteydessä Oslossa. Prof. Hroar Pienen johtaman yksikön budjetti on viitisen miljoonaa Norjan kruunua, mutta summan odotetaan nousevan kunhan toiminta pääsee kunnolla käyntiin.

Uuteen-Seelantiin on myös hiljattain perustettu terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö. Kuuden hengen joukkuetta johtaa tohtori Ray Kirk, epidemiologi ja tilastotieteilijä. Yksikön virallinen nimi on The Clearing House for Health Outcomes and Health Technology Assessment. Yksikkö tekee kirjallisuusselvityksiä pyydetyistä aiheista ja toimii siten lähinnä tiedonvälitysyksikkönä.

Myös Itä-Euroopan maissa on herännyt kiinnostus terveydenhuollon menetelmien arviointia kohtaan. Tämä oli todettavissa muun muassa Euroopan neuvoston joulukuun alussa Strasbourgissa järjestämällä kurssilla, jonka tarkoituksena oli kouluttaa mm. Itä-Euroopan maiden edustajia terveydenhuollon menetelmien arviointiin. Tarvetta tähän näyttää olevan, sillä esimerkiksi Unkarissa osa terveydenhuollon uusista menetelmistä tuntuu järjestäytyneen arviointitoiminnan puuttuessa leviävän käytäntöön ilman minkäänlaista kritiikkiä. Vai miltä tuntuu Unkarin suositus siitä, että kaikki miehet, iästä riippumatta, tulisi kahdesti vuodessa seuloa PSA-testillä eturauhassyövän varhaistoteamiseksi. Myös rintasyöpäseulonta tuntuu siellä karanneen käsistä, 30 % seulottavista kun on alle 40-vuotiaita naisia, joiden kohdalla näyttö seulonnan hyödystä on kovin vähäinen. Tietoa terveydenhuollon menetelmien arvioinnin menetelmistä ja mahdollisuuksista siis tarvitaan. Myös FinOHTA yrittää osaltaan auttaa, tällä kertaa osallistumalla Strasbourgin kurssin suunnitteluun ja lähettämällä luennoitsijoiksi Harri Sintosen ja Risto Roineen.

Virpi Räisänen , Risto Roine, Kalevi Lauslahti

Edellinen

Seuraava

Alkuun

P O E M S - runoutta yleislääkäreille

- [Sydämen vajaatoiminta](#): Mitkä kliiniset oireet korreloivat parhaiten sydämen vajaatoimintaan?
 - [Ruuansulatushäiriö eli dyspepsia](#): Mikä on kustannus-vaikuttavuudeltaan paras dyspepsian hoitostrategia?
 - [Monisairaiden vanhusten hoito](#): Miten voidaan hoitaa kroonisesti monisairaita, lääkintäpalveluja runsaasti käyttäviä vanhuksia ryhmähoitomallia käyttäen?
 - [Heinänuha](#): Mikä on paras hoito heinänuhaan?
 - [Herpes zosterin jälkikipu](#): Mikä hoito on tehokkain vyöruusun jälkeiseen eli postherpeettiseen särkyyn?
 - [Olkapääkipu](#): Pitäisikö olkapään kiputilaa hoitaa kortisoni-injektiolla, fysioterapialla vai manipulaatiohoidoilla?
-

Journal of Family Practice, Yhdysvaltojen johtava yleislääketieteen lehti, on aloittanut lukijoidensa palvelemiseksi uuden palstakokonaisuuden, josta käytetään nimeä POEM eli Patient Oriented Evidence that Matters. Kyseessä on tehostettu tapa tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa yleislääkäreiden käyttöön. Aikaisemmin samassa lehdessä oli Journal Club -niminen palsta, jossa referoitiin uusia tutkimustuloksia muista lehdistä.

Nyt lehden toimitus tehostaa tämän palstan toimintaa tarjoillen tietoa entistä luotettavammalla ja helpommin käyttöön otettavalla tavalla. Kaikissa tapauksissa on lähtökohtana jokin yleislääkärin praktiikassa yleisesti esiin tuleva ongelma, johon etsitään vastausta uudesta tutkimustiedosta.

Palsta käsittää lyhyitä katsauksia julkaistuihin tutkimuksiin. Referoitavat artikkelit ovat käyneet läpi asiantuntijaseulan, jossa artikkelit on valittu seuraavilla perusteilla:

1. Artikkelissa oleva tieto perustuu vankkaan näyttöön, joko yhteen korkealaatuiseen tutkimukseen tai systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen.
2. Tutkimus koskee sairautta, joka on väestössä niin yleinen, että yleislääkäri näkee omassa praktiikassaan tapauksia kohtalaisen usein ja myös joutuu tekemään merkittäviä hoitoratkaisuja.
3. Tutkimus sisältää tietoa, joka vaikuttaa yleislääkärin toimintatapaan.
4. Tieto on helposti sovellettavissa yleislääkärin praktikkaan.

Useissa tutkimuksissa on nerokkaita tutkimusasetelmia, joilla menetelmällisiä ongelmia on voitu kiertää. Seuraavilla sivuilla on palstalta muutamia valittuja paloja.

Lähde:

Editorial: Mastering medical information and the role of POEMs - Patient Oriented Evidence that Matters. J Fam Pract 1997;45:195-204.

Olli-Pekka Ryyönen

Sydämen vajaatoiminta: Mitkä kliiniset oireet korreloivat parhaiten sydämen vajaatoimintaan?

Tutkimus käsitti 259 brittiläistä potilasta, jotka oli lähetetty sydämen kaikututkimukseen vajaatoimintaepäilyä. Vajaatoiminta diagnosoitiin kaikututkimuksessa ja löydöstä verrattiin alkuperäisiin kliinisiin löydöksiin.

Vajaatoiminnan diagnosointi todettiin varsin vaikeaksi pelkän kliinisen kuvan perusteella. Potilaista vain 16 %:n todettiin lopulta sairastavan merkittävää sydämen vajaatoimintaa. Tutkituista vajaatoimintaan liittyvistä tekijöistä yleisimmät olivat tupakointi (59 % tutkituista), diureettien käyttö (61 %), hengenahdistus rasituksessa (89 %) ja ala-raajaturvotukset (52 %).

Kaikilla vajaatoimintapotilailla oli rasituksessa esiintyvää hengenahdistusta, ja tämän oireen puuttumisen katsottiin sulkevan vajaatoiminnan pois. Seuraavat oireet ennustivat parhaiten vajaatoimintaa (suluissa positiiviset ennustearvot): kohonnut laskimopaine (64 %), kolmas sydänääni (77 %) ja lateraalisuuntaan siirtynyt kärkisysäys (75 %).

Jos potilaalla oli lisäksi aikaisemmin todettu sokeritauti tai jos hänellä oli ollut sydäninfarkti, nousivat löydösten positiiviset ennustearvot merkittävästi. Alaraajaturvotus ei ollut diagnostinen oire.

Tutkijat päättelivät, ettei sydämen vajaatoiminnan diagnostiikka onnistu pelkän kliinisen kuvan perusteella.

Lähde:

Konstam M, Dracup K, Baker D ym. Heart failure: evaluation and care of patients with left-ventricular systolic dysfunction. Clinical practice guideline no 11. AHCPR publication no 94-0612.

Olli-Pekka Ryyönen

Ruansulatushäiriö eli dyspepsia: Mikä on kustannus-vaikuttavuudeltaan paras dyspepsian hoitostrategia?

Yleislääkäri kohtaa usein ylävatsavaivoista kärsiviä potilaita. Potilaan auttamiseksi on monia mahdollisia hoitostrategioita: voidaan esimerkiksi kokeilla haponeritystä estävää lääkitystä; vaihtoehtoisesti voidaan tehdä gastroskopia ja/tai määrittää helikobakteerin vasta-aineet.

Löytääkseen parhaan hoitostrategian tutkijat tekivät päätöksentekokoanalyysin täysin teoreettisesta

tapauksesta. Siinä potilaana oli aikuinen, jolla oli kaksi viikkoa jatkuneet klassiset dyspepsiaoireet. Päätöksentekoaanlyysiin otettiin seitsemän erilaista strategiaa.

Kolme strategiaa osoittautui suunnilleen yhtä hyviksi kustannus-vaikuttavuudeltaan: helikobakteerin häätö kokeiluhoitona ilman diagnostiikkaa, helikobakteerin vasta-aineiden määrittäminen ja häätöhoito positiivisissa tapauksissa sekä omepratsoli kokeiluhoitona.

Kaikki nämä maksoivat noin 1 300 dollaria potilasta kohden. Omepratsolihoitoa katsottiin kuitenkin johtavan muita hoitoja useammin vakaviin komplikaatioihin, ja helikobakteerin häätöhoitoa toteutuksen sokkona arvioitiin johtavan antibioottiresistenssin lisääntymiseen. Kaikki muut strategiat, mm. varhainen gastroskopia, arvioitiin huomattavasti kalliimmaksi.

Näin ollen päätösanalyysi osoitti, että ensisijainen hoito olisi helikobakteerin vasta-ainemäärittäminen ja positiivisten tapausten häätöhoito. Tapauksissa, joissa hoito ei tuota tulosta tai joissa on mahdollisuus epäillä muuta sairautta, nähtiin gastroskopia välttämättömäksi.

Lähde:

Ebell MH, Warbasse L, Brenner C. Evaluation of the dyspeptic patient: a cost-utility study. J Fam Pract 1997;44:545-55.

Olli-Pekka Ryyänen

Monisairaiden vanhusten hoito: Miten voidaan hoitaa kroonisesti monisairaita, lääkintäpalveluja runsaasti käyttäviä vanhuksia ryhmähoitomallia käyttäen?

Monisairaajat vanhuksien muodostavat yhden perusterveydenhuollon kovimmista haasteista. Tässä tutkimuksessa selvitettiin mahdollisuutta hoitaa näitä paljon voimavaroja kuluttavia potilaita käyttäen ryhmähoitomallia. Pienryhmissä voidaan tutkijoiden mukaan auttaa potilaiden sosiaalistumista, antaa potilasvalistusta ja huolehtia eräistä rutiiniluonteisista terveydenhuoltotoimista.

Tutkimuksessa satunnaistettiin 321 monisairasta yli 65-vuotiaasta potilasta kahteen ryhmään, interventioryhmään (n=160) ja verrokkiryhmään (n=161). Tutkimusryhmän potilaat olivat kroonisesti sairaita.

Kaikilla oli ennen tutkimusta ollut vähintään yksi lääkärisäkäynti kuukaudessa ja vähintään yksi sairaanhoitajan käynti/puhelinkontakti kuukaudessa. Seuranta-aika oli yksi vuosi. Potilaat kokoontuivat kahdeksan potilaan ryhmissä parituntisiin istuntoihin, joissa käytiin sairaanhoitajan kanssa läpi hoitoon liittyviä asioita yleisellä tasolla. Tarvittaessa potilas kävi lääkärillä saamassa henkilökohtaista hoitoa.

Potilaista 55 % kävi kaikissa istunnoissa, ja 25 % jäi pois ryhmästä eri syistä. Kontrolliryhmää hoidettiin tavalliseen tapaan. Analyysi tehtiin intention-to-treat-periaatteella, joten hoidosta

luopuneiden ryhmän kustannukset ja hoidot mitattiin samoin kuin muidenkin.

Kustannusanalyysi osoitti, että kustannukset olivat interventioryhmällä noin 15 dollaria matalammat henkeä kohti kuukaudessa kuin kontrolliryhmällä. Hyöty tuli vähäisemmästä palvelujen käytöstä. Interventioryhmällä oli verrokkiryhmää enemmän sairaanhoitajakontakteja, ja myös ryhmän asiakastyytyväisyys oli suurempi. Toimintakyvyssä ei seurannan päättyessä ollut eroa.

Tutkijat päättelivät, että monisairaiden vanhusten hoitoon näyttää olevan mahdollista kehittää hoitomalleja, joissa potilaita hoidetaan ryhmissä.

Lähde:

Beck A, Scott J, Williams P ym. Randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: The cooperative health care clinic. J Am Geriatr Soc 1997;45:543-9.

Olli-Pekka Ryyönen

Heinänuha: Mikä on paras hoito heinänuhaan?

Heinänuhaan käytetään yleisesti joko antihistamiineja tai kortikosteroidisuihkeita. Harvassa tutkimuksessa on näitä kahta hoitoa kuitenkin verrattu toisiinsa.

Tätä tutkimusta ei ollut sokkoutettu, koska nieltävää tablettia ja inhaloitavaa eli nenään suihkutettavaa lääkettä käyttäviä potilaita ei voi sokkouttaa. Tutkijat valitsivat ryhmän, johon kuului 61 heinänuhapotilasta (17-66-vuotiaita). Kaikilla oli ihotestein varmennettu heinäallergia ja muut nenäsairaudet oli suljettu pois. Potilaat eivät olleet käyttäneet lääkitystä 12 kuukauteen.

Potilaat jaettiin ryhmiin pareittain sukupuolen ja heinänuhan vaikeusasteen mukaan. Oirekysely toimi hoidon tehon mittarina.

Tuloksena oli, että kortikosteroidisuihketta saaneilla todettiin vähemmän heinänuhaoireita kuin antihistamiinia saaneilla. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Poikkeuksena olivat silmäoireet, jotka ymmärrettävästi lievittyivät enemmän antihistamiinilla kuin nenäsuihkeella.

Tuloksena tutkijat suosittivat, että voimakkaissa oireissa käytettäisiin molempia lääkityksiä, mutta jos käytetään vain yhtä lääkettä, on kortikosteroidisuihke antihistamiinia parempi.

Lähde:

Juniper EF, Guyatt GH, Ferrie PJ ym. First-line treatment of seasonal (ragweed) rhinoconjunctivitis. Can Med Assoc J 1997;156:1123-31.

Olli-Pekka Ryyönen

Herpes zosterin jälkikipu: Mikä hoito on tehokkain vyöruusun jälkeiseen eli postherpeettiseen särkyyn?

Herpes zosteriin liittyy toisinaan hyvinkin sitkeä jälkikipu, jonka hoito tuottaa melkoisia vaikeuksia. Useista ehdotetuista hoidoista mikään ei ole osoittautunut ylivoimaiseksi. Tutkijat tekivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, jossa hoitoja verrattiin teholtaan toisiinsa. Katsaukseen otettiin mukaan vain tutkimukset, joissa potilaalla oli ihottuma-alueella särkyä vielä kuukauden kuluttua ihottuman häviämisestä.

Tutkijat selvittivät Medline- ja Embase-tietokannoista kaikki alaa koskevat alkuperäisjulkaisut. Alan lehtiä, oppikirjoja, väitöskirjoja ja konferenssijulkaisuja tutkittiin käsinhaulla. Tutkijat huomauttavat, että tuloksissa saattaa olla julkaisuharhaa, joka tyypillisesti aiheuttaa hoidon tehon yliarviointia meta-analyysissä.

Meta-analyysi tehtiin kolmesta tutkimuksesta, joissa oli yhteensä 216 potilasta. Analyysi osoitti, että trisykliset antidepressantit tehoavat postherpeettiseen neuralgiaan (OR=0.15, 95 %CI 0.08 - 0.27). Paikallisen kapsaikiinin, maprotiliinin ja vinkristiini-iontoforeesin todettiin myös tehoavan jonkin verran. Katsottiin, että kaikista muista kuin trisyklisistä antidepressanteista tarvitaan lisätutkimusta ennen kuin niitä voidaan suositella.

Lähde:

Volmink J, Lancaster T, gray S, Silagy C. Treatment for postherpetic neuralgia - a systematic review of evidence from randomised controlled trials. Fam Pract 1996;13:84-91

Olli-Pekka Ryyönen

Olkapääkipu: Pitäisikö olkapään kiputilaa hoitaa kortisoni-injektiolla, fysioterapialla vai manipulaatiohoidoilla?

Tutkijoiden aineisto käsitti 198 olkapään kiputilasta kärsivää potilasta, jotka tutkittiin yksöissokkoasetelmassa. Potilaat jaettiin kolmeen ryhmään sen perusteella, katsottiinko kivun olevan peräisin nivelestä vai pehmytkudoksesta vai molemmista. Potilaille annettiin ensin yhden viikon hoito diklofenaakilla. Heistä oli 172 kipuilevia vielä hoitoviikon jälkeen.

Tutkimuksessa ei ollut lume- tai särkylääkkeellä hoidettavaa ryhmää. Kipu mitattiin 2, 6 ja 11 viikkoa hoidon jälkeen.

Nivelperäisestä kiputilasta kärsineet satunnaistettiin kolmeen hoitoryhmään. Yksi ryhmä hoidettiin kortisoni-lidokaiini-injektiolla, toinen fysioterapialla, johon kuuluivat liikeharjoitukset, hierontaa sekä lämpö- ja kipuhoitoja erilaisilla koneilla. Kolmas ryhmä sai manipulaatiohoitoa.

Pehmytkudosperäisistä tai sekä nivel- että pehmytkudosperäisistä kiputiloista kärsineet jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen sai fysioterapiaa ja toinen manipulaatiohoitoa.

Aineisto analysoitiin intention-to-treat-periaatteella. Tutkijat huomauttavat, että mm. epävarmuus kortisoni-injektion osuvuudesta aiheuttaa harhaa. Eräässä toisessa tutkimuksessa vain 10 % nivelensisäisiksi aiotuista olkanivelen injektioista todella osui nivelen sisään.

Pehmytkudosperäisissä kiputiloissa manipulaatio oli tehokkain hoito, ja kipuasteikon summa pieneni 14,8:sta 8,7:ään. Nivelperäisessä kiputilassa oli injektiohoito tehokkain: potilaista 75 % parani, kun taas manipulaatiolla parani 40 % ja fysioterapialla 20 %. Pehmytkudos- ja kombinoiduissa kiputiloissa näytti manipulaatio olevan paras hoito. Synoviaalisissa eli nivelnesteisiin tai -kalvoihin liittyvissä kivuissa taas tehokkain oli kortisonipuudute ja lidokaiini-injektio.

Lähde:

Winters JC, Sobel JS, Groenier KH ym. Comparison of physiotherapy, manipulation and corticosteroid injection for treating shoulder complains in general practice: randomised, single blind study. BMJ 1997;314:1320-25.

Olli-Pekka Ryynänen

Edellinen

Seuraava

Alkuun

-

Joka toisella terveydenhuollon yksiköllä Suomessa internet-liitântä

Internet on alkuaan amerikkalainen keksintö, ja arviolta noin puolet siihen liitetyistä tietokoneista on USA:ssa. Pohjoismaat ovat kuitenkin eturintamassa, kun verkkoon liitettyjen tietokoneiden määrä suhteutetaan asukaslukuun. Suomi johtaa tilastoja (67 internetiin liitettyä tietokonetta / 1000 asukasta heinäkuussa -97), ja muutkin Pohjoismaat mahtuvat kymmenen parhaan joukkoon. (1, 2)

Yli 600 000 suomalaista 15-74-vuotiaista käyttää internetiä vähintään kerran viikossa. Työpaikaltaan internet-yhteyden ottaa viikoittain yli 300 000 suomalaista (3). Internet alkaa siis olla merkittävä viestintäväline työpaikoilla ja kodeissa. Terveydenhuollon internet-yhteyksistä on niukasti tietoja, joten selvitimme asiaa kyselytutkimuksella.

Kyselyn tulokset

Lähetimme kaikkiin terveystieteisiin sekä julkisiin ja yksityisiin sairaaloihin (N=416) touko-kesäkuussa 1997 kyselyn, jossa pyysimme tietoja yksikön internet-yhteyksistä, www-sivustoista, työasemista (mikrotietokoneista) sekä internetin käytön tarkoituksista. Kolme neljästä yksiköstä vastasi kyselyyn.

Internetin käyttö edellyttää erityistä liitântää, joita tarjoavat internet-palveluntarjoajat, Suomessa mm. EUNET, Finnet, Tele sekä joukko pienempiä yrityksiä. Noin puolella kaikista terveydenhuollon yksiköistä on jo internet-liitântä (vähintään yhdessä tietokoneessa) ja joka neljäs yksikkö aikoo hankkia yhteyden lähimmän vuoden aikana. Suurimmalla osalla (yli 70 %:lla) on ns. *suora liitântä*, joka on liitântätyypeistä nopein. Noin joka viidennellä on yksi tai useampia *modeemiliitântöjä*. Nopeudeltaan näiden väliin sijoittuvat *ISDN-liitännät* ovat suhteellisen harvinaisia.

Noin joka viidennellä yksiköllä on jo www-sivusto ja toinen viidennes aikoo perustaa sellaisen lähimmän vuoden aikana. Sivustoja on yleisimmin suurilla julkisilla sairaaloilla sekä yksityissairaaloilla.

Selvitys osoitti, että yksiköissä, joissa on internet-liitântä, ei kuitenkaan työasemien koko kapasiteettia ole otettu käyttöön, sillä vain noin puolet niiden www-käyttöön soveltuvista työasemista on varustettu internet-liitännällä ja www-selaimella. Www-käyttöön soveltuvina pidettiin selvityksessämme sellaisia mikroja, joissa on vähintään 486SX-prosessori ja VGA-värinäyttö. Eniten www-käyttöön soveltuvia työasemia on lääkäriä kohden laskettuna terveystieteisissä.

Sähköposti ja tiedonhaku internetistä ovat käytetyimpiä sovelluksia. Niitä käytetään tai ne aiotaan ottaa käyttöön vuoden sisällä noin kahdessa kolmasosassa yksiköistä. Ne arvioitiin myös

tärkeimmiksi internetin sovellusalueiksi: sähköpostin arvosana oli keskimäärin 4,1 ja tiedonhaun arvosana 3,9. (Asteikolla 1-5 merkitsi 5 "erittäin tärkeää".) Keskustelufoorumeja ja yksikön sisäistä tiedotusta käytettiin sovelluksista vähiten.

Suuri osa terveydenhuollon yksiköistä on siis jo muodostanut yhteyden internetiin. Moni niistä on myös perustanut www-sivuston joko julkiseen tai sisäiseen käyttöön sekä ottanut verkon osaksi viestintäänsä ja tiedonhankintaansa. Jatkotutkimuksia tarvitaan mm. selvittämään kuinka usein esim. klinikot käyttävät internetiä sekä kuinka internetin tuomia mahdollisuuksia voitaisiin parhaiten käyttää.

Selvitys kokonaisuudessaan julkaistaan lähiaikoina FinOHTAn raporttisarjassa.

Kristian Lampe, Risto Roine

Viitteet:

1. Telmo ry: USA:n osuus Internetiin liitetyistä tietokoneista, <http://www.telmo.fi/telmo/tilasto/usa97.htm>
2. Telmo ry: Internetiin liitettyjen tietokoneiden (host) määrä 1000 asukasta kohti, <http://www.telmo.fi/telmo/tilasto/nwhpa.htm>
3. Suomen taloustutkimus oy: jatkuva Internet-tutkimus, <http://www.toy.fi/internet.htm>

Lähde:

K Lampe, K Rousku, R Roine: Selvitys terveydenhuollon internet-yhteyksistä Suomessa (käynnissä oleva selvitys)

Stabiilin angina pectoriksen hoito

Englannin NHS:n (National Health Service) Centre for Reviews and Dissemination on hiljattain julkaissut Effective Health Care- sarjassaan kirjallisuuskatsauksen stabiilin angina pectoriksen hoidosta. Katsauksen johtopäätökset seuraavassa.

- Stabiilia angina pectorista sairastavilla potilailla on lisääntynyt sydäninfarktin ja kuoleman riski. Näiden potilaiden tehokas hoito on tärkeä osa sepelvaltimotaudin hoitostrategiaa.
- Hoitoa valittaessa on tärkeää huomioida taudin vaikeusaste. Lievässä taudinmuodossa lääkehoito lievittää oireita yhtä tehokkaasti kuin sepelvaltimoiden pallolaajennus ja aiheuttaa vähemmän kuolemia kuin pallolaajennus tai sepelvaltimoiden ohitusleikkaus. Vaikeammassa taudinmuodossa invasiiviset hoitomuodot ovat sen sijaan etusijalla.
- Ohitusleikkaus lievittää sepelvaltimotautiin liittyvää rintakipua hieman paremmin kuin pallolaajennus ja sopii paremmin potilaille, joilla on vaikeammat oireet tai laaja-alaisemmat muutokset sepelvaltimoissa. Monet pallolaajennuksen läpikäyneet potilaat tarvitsevat uusintahoittoa.
- Lisätutkimusten ja invasiivisten toimenpiteiden tarvetta koskevan kliinisen päätöksenteon tueksi tarvitaan tutkimustietoa, jotta hoito osattaisiin kohdistaa oikein ja sen kustannusvaikuttavuus olisi hyvä.
- Useat potilaat hyötyvät pitkäaikaisesta, matala-annoksisesta asetosalisyylihappo-lääkityksestä ja veren rasvoja alentavasta lääkityksestä joko ensisijaishoitona tai invasiivisiin hoitotoimenpiteisiin liittyen.
- Vaikka tutkimukseen perustuva näyttö sepelvaltimostenttien eduista tavalliseen pallolaajennukseen verrattuna on vähäistä, stenttejä käytetään yhä enemmän. Niiden, niinkuin muidenkin uusien teknologioiden, käyttöönoton tulisi kuitenkin perustua luotettaviin tutkimustuloksiin.
- Sukupuoli, etninen alkuperä ja sosiaaliluokka vaikuttavat tutkimusten mukaan hoitoonpääsyyn. Tasa-arvon lisäämiseksi näiden ryhmien hoitoonpääsyä tulisi seurata.

Risto Roine

Lähde:

NHS Centre for Reviews and Dissemination: Management of stable angina. Effective Health Care, Vol 3, Number 5, October 1997.

Ruotsissa tiedotetaan alueellisesti

On pelkkä myytti, että hyvä tutkimus saisi automaattisesti huomiota ja kunniaa osakseen. Näin sanoi FinOHTAn asiantuntijatapaamisessa **Debora Andersson** SBU:sta, ruotsalaisesta terveydenhuollon menetelmien arviointiyksiköstä. SBU onkin perustanut erityisen "suurlähettiläsverkoston". Verkoston "ambassadöörit" toimivat alueellisesti eri puolilla Ruotsia, tiedottavat SBU:n tutkimustuloksista ja käyvät pitämässä luentoja terveydenhuollon menetelmien arvioinnista.

Debora Andersson ja SBU:n apulaisjohtaja **Helena Dahlgren** kertoivat marraskuussa SBU:n toiminnasta FinOHTAn asiantuntijaverkoston jäsenille. Tilaisuudessa pohdittiin, miten SBU:n kymmenvuotista tutkimus- ja tiedotuskokemusta voitaisiin hyödyntää myös Suomessa.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, on Pohjolan suurin ja vanhin terveydenhuollon arviointiyksikkö. Työntekijöitä on parikymmentä (joista informaatikkoja/tutkijoita 12) ja vuoden 1996 budjetti yli 25 miljoonaa kruunua. SBU:ssa on kautta vuosien painotettu tiedottamisen merkitystä.

SBU:n raportteja julkaistaan kolmessa sarjassa. Varsinaiset terveydenhuollon menetelmien arviointitutkimukset johto-päätöksineen julkaistaan keltaisina raporteina. Valkoisessa raporttisarjassa esitellään jonkin erityisalueen uusinta tietämystä ja sinisissä kansissa ilmestyvät SBU:n englanninkieliset julkaisut. Tutkimusraporttien lisäksi yksikkö julkaisee omaa Medicinsk Vetenskap & Praxis -lehteä. Neljästi vuodessa ilmestyvä jaetaan lukijoille mm. ruotsalaisen lääkärilehden liitteenä.

Asiantuntijoilla substanssitietoa

FinOHTAn ja SBU:n toimintaperiaatteet eivät ole aivan samanlaiset. SBU tekee lähinnä kirjallisuuskatsauksia ja välittää niistä tietoa. FinOHTA keskittyy pääasiassa kentällä (sairaanhoitopiireissä ym.) toteutettavan hyvän arviointitutkimuksen - ennen kaikkea primääritutkimuksen - tukemiseen. Toisaalta FinOHTA toimii "clearing-housena", josta saa myös muiden arviointiyksiköitten tuottamaa tietoa. "Keräilypisteenä" toimiminen on tärkeää, jotta tiedetään mitä muualla tehdään. Kansainvälisillä kontakteilla varmistetaan, ettei ruveta selvittämään asiaa, josta on jo luotettavaa tutkimustietoa olemassa tai jota parhaillaan tutkitaan.

Marraskuisessa asiantuntijatapaamisessa esitettiin ajatuksia FinOHTAn toiminnan kehittämiseksi. Keskustelussa todettiin, että terveystaloustieteellistä ja tilastotieteellistä koulutusta täytyisi ehdottomasti saada lisää - ei kuitenkaan lääkärien peruskoulutukseen, vaan täydennys- ja jatkokoulutukseen.

Leija Sironen

Tutkimustoiminta

- KÄYNNISTYVÄT HANKKEET

- Telelääketieteen arviointitutkimus Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä
- Yhdistelmähoito nivelreumassa
- Eturauhassyövän PSA-seulonnan taloudellinen arviointi
- Helikobakteeri pylorin seulonnan ja häätöhoidon kustannushyödyn mallintaminen
- Selvitys palliatiivisen sädehoidon käytöstä Suomessa

- VALMISTUNEET HANKKEET

- Vanhuspotilaiden tuettu sairaalasta kotiutuminen - innovatiivisen ohjelman kustannusvaikuttavuus
 - Finvasc-verisuonikirurgiarekisterin luotettavuusselvitys
 - Menetelmien arviointi hoitotyössä (selvitys)
-

KÄYNNISTYVÄT HANKKEET

Stakesin johtoryhmä hyväksyi 10.12.1997 FinOHTAn osallistumisen neljään hankkeeseen. Hankkeet on käsitelty terveydenhuollon menetelmien arvioinnin tieteellisessä toimikunnassa 26.11.1997.

Telelääketieteen arviointitutkimus Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Vastuuhenkilö: Johtajaylilääkäri Lauri Nuutinen, Oulun yliopistosairaala. Tutkijat: Arto Ohinmaa ja Jarmo Reponen sekä työryhmä

Kyseessä on käynnissä oleva telelääketieteen vaikuttavuuden arviointimallin testaus Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Mallia testataan neljällä erikoisalalla (radiologia, kirurgia, silmätaudit ja psykiatria). Tulokset valmistuvat vuonna 1998.

Yhdistelmähoito nivelreumassa

Vastuuhenkilö: Osastonylilääkäri Timo Möttönen, Turun yliopistollinen keskussairaala. Terveystaloustieteellisestä tutkimusosasta vastaa tutkija Jarmo Hahl.

Tutkimuksella selvitetään teoreettisesti erityisen tehokkaan yhdistelmähoidon vaikuttavuutta varhaisen nivelreuman primaarihoidossa. Kyseessä on prospektiivinen ja kontrolloitu

monikeskushanke (18 yksikköä), jossa ovat mukana kaikki Suomen merkittävät reumanhoitoyksiköt. Potilaiden sisäänotto tapahtui v. 1993-1995. Kyseessä on siis kahden vuoden seuranta tulosten analysointi. Potilaiden kokonaisseuranta-aika on viisi vuotta. Tuloksilla voidaan olettaa olevan myös kansainvälistä merkitystä. Kliinisen vaikuttavuuden lisäksi hankkeeseen kuuluu myös terveystaloustieteellinen tarkastelu. Tutkimus kestää vuoteen 2000.

Eturauhassyövän PSA-seulonnan taloudellinen arviointi

Vastuuhenkilö: Prof. Matti Hakama, Suomen Syöpärekisteri. Tutkija: Tuomo Pentikäinen

Hankkeessa suoritetaan satunnaistettu, prospektiivinen, kontrolloitu tutkimus, jonka tavoitteena on selvittää eturauhassyövän väestötasoisien PSA-seulonnan kustannus-vaikuttavuutta ja elämänlaatuvaikutuksia. Tämä terveystaloustieteellinen osio täydentää aiemmin käynnistynyttä, suurta, 15 vuotta kestävä eurooppalaista eturauhasseulontahanketta, jolla selvitetään PSA-seulonnan kliinistä vaikuttavuutta.

Helikobakteeri pylorin seulonnan ja häättöhoidon kustannushyödyn mallintaminen

Vastuuhenkilö: Tutkija LL, KTM Tiina Leivo, HY / Kansanterveystieteen laitos

Tutkimuksen tavoitteena on mallintaa Helikobakteeri pylorin seulonnan ja häättöhoidon kustannus-hyöty 15-45-vuotiaiden ikäryhmässä. Mallissa arvioidaan eri tilojen sattumistodennäköisyydet seulonta- ja ei-seulontavaihtoehdossa. Perusmallin eri tilojen todennäköisyydet saadaan julkaistuista artikkeleista sekä kansallisista ja kansainvälisistä tilastoista, Kelan tilastoista, Vammalan pilottiseulontatutkimuksesta ja tarvittaessa asiantuntija-arvioista. Tutkimustulosten arvioidaan valmistuvan vuonna 1998.

Selvitys palliatiivisen sädehoidon käytöstä Suomessa

Vastaava tutkija: Dosentti Antti Ojala, Suomen Onkologiyhdistys

VALMISTUNEET HANKKEET

Tiivistelmiä alla luetelluista, valmistuneista hankkeista julkaistaan kevään aikana tiedotuslehdessämme.

Vanhuspotilaiden tuettu sairaalasta kotiutuminen - innovatiivisen ohjelman kustannusvaikuttavuus

Vastaava tutkija: LKT Sari Anttila, Tampereen sosiaali- ja terveystoimi, Rauhaniemen sairaala

Kyseessä on Tampereella toteutettu sairaala- ja vanhainkotipäivien käytön prospektiivinen

nelivuotisseuranta kahdella satunnaistetulla potilasryhmällä. Tutkimus on lähetetty julkaistavaksi Scandinavian Journal of Primary Care -lehteen.

Finvasc-verisuonikirurgiarekisterin luotettavuus selvitys

Vastaava tutkija: Vt. erikoislääkäri Ilkka Kantonen, Hyks / Kirurginen sairaala

Menetelmien arviointi hoitotyössä (selvitys)

Tutkijat: THM Pirjo Partanen ja THT Marja-Leena Perälä, Stakes / Terveystieteiden tutkimuskeskus

Selvitys julkaistaan FinOHTAn raporttina. Raportti on painossa.

Pilapala

2+2=?

Mitä on kaksi plus kaksi?

Koululainen: 4.

Opettaja: 4, mutta katsoo sen kirjasta.

Tilastotieteilijä: 3,9 - 4,1.

Matemaatikko: Lähestyy arvoa 4.

Psykiatri: Mitä itse arvelisit sen olevan?

Juristi: Mitä haluaisit sen olevan? Ja paljonko olet valmis sijoittamaan, että se olisi mitä haluat?

Taloustieteilijä: Arvio on nollasta miljoonaan, mutta se kasvaa 5% vuodessa.

Jutun kertoi *Olli-Pekka Rynnänen*

Edellinen

Alkuun

Seuraava

-

Lehtemme uudistuu

Vuoden 1998 alussa aloittaa FinOHTAn tiedottajalääkärinä LL, tekn. tri **Martti Teikari**, joka ottaa vastuulleen tämän tiedotuslehtisemme kasaamisen.

Lehden painoasukin muuttuu, koska lehti tullaan painamaan kirjapainossa. Lehti ilmestyy kuusi kertaa vuodessa. Lehti on maksuton ja sitä jaetaan mm. kaikkiin sairaanhoitopiireihin, terveyskeskuksiin, terveydenhuoltoalan oppilaitosten kirjastoihin ja tietysti postituslistalle halunneille, joita on jo yli 700. Lehti ilmestyy entiseen tapaan myös verkossa.

Entäs lehden nimi? Järjestimme jo keväällä nimikilpailun. Jokainen saapunut ehdotus on käyty läpi, mutta sopivaa ei löytynyt. Nimeä on pohdittu koko syksy ja ratkaisu on vieläkin tekemättä. Hyvän nimen löytäminen on osoittautunut todella vaikeaksi. Lupasimme palkinnonkin, mutta koska näyttää siltä, että määräaikaan tulleista ehdotuksista ei tule mikään valituksi tullaan palkinto arpomaan kaikkien ehdotusten tekijöiden kesken. Tämä tapahtuu sitten, kun nimikysymys on ratkaistu.

Virpi Räisänen

Edellinen**Seuraava****Alkuun**

Kursseja ja koulutusta

- [Workshop on Systematic Reviews](#)
 - [14th Annual Conference of the International Society of Technology Assessment in Health Care](#)
 - [Tutkimustiedon kriittinen arviointi](#)
 - [Terveystaloustieteen Seuran vuotuinen teemapäivä - Taloudellinen arviointi terveydenhuollon päätöksenteossa: Onko siitä hyötyä?](#)
-

Workshop on Systematic Reviews

Time: Friday 30 January 1998 from 9 - 12 am

Address: Stakes, Siltasaarenkatu 18 A, meetingroom Aviisi, 5th floor

Organisers: Stakes, FinOHTA and Services and Quality Unit

Program:

- 9.00 Opening: *Systematic reviews and the Cochrane Collaboration*
Dr Marjukka Mäkelä, Stakes
- 9.20 *Ethical aspects in the use of systematic reviews in health care*
Dr Peter Götzsche, The Nordic Cochrane Centre, Copenhagen
- 9.40 Discussion
- 10.00 Coffee
- 10.20 *Systematic reviews: Does it matter how you do them?*
Dr Andy Oxman, National Institute of Public Health, Oslo
- 10.40 Discussion
- 11.00 *Producing a systematic review: a practical example*
Dr Antti Malmivaara, Finnish Institute of Occupational Health
- 11.20 Discussion
- 11.40 Summary of the session

Demonstration of the Cochrane Library available before and after session and during coffee break.

Please, **enroll for the workshop before 27 January 1998** to Helena Varonen, tel. (09) 3967 2291, fax (09) 3967 2227 or email helena.varonen@stakes.fi.

14th Annual Conference of the International Society of Technology Assessment in Health Care

Preliminary program

PRE-CONFERENCE WORKSHOP

The Development and Validation of Clinical Decision Rules and Decision Aids

A. O'Connor(Canada), I. Stiell (Canada), G. Wells (Canada)

PLENARY SESSIONS (2)

Alternative and Complementary Medicine Chair: B. Berman (USA). Speakers: W. Jonas (USA), G. Lewis (UK)

Mad Cow Disease and Prions: dealing with unknown future risks Chair: R.G. Will (UK)

PANEL SESSIONS (12)

Communication of the Results of Health Technology Assessment

1. Communication of risk to the public and policy makers Chair: D. Krewski (Canada). Speaker: B.Leiss (Canada)
2. Conveying a negative message in the media? Chair: N. Klazinga (The Netherlands), Speakers: A. Granados (Spain), R. Levi (Sweden), A. Picard (Canada)
3. Presentation of scientific evidence to the judiciary Chair: M. Orleans (USA). Speakers: M. Ciresi (USA), R. Lilford (UK), J. Murphy (USA)

What Developing and Developed Countries Can Learn from Each Other About Health Technology Assessment

4. Communication technologies and health technology assessment Chair: D. Hailey (Canada). Speakers: N. Andersson (Mexico), S. Kalinka (Canada)
5. Health technology assessment's role in international health reform and health policy Chair: D. Lopez-Acuna (PAHO). Speakers:) J. Asua (Spain), R. Battista (Canada), F. Munoz (Chile)
6. Toolkits for linking priorities to needs - development and validation Chair: D. Banta

(The Netherlands). Speakers: S. Chunharas (Thailand), J. Hatcher-Roberts (Canada), T. Tan Torres (Philippines)

Methodological Issues in Health Technology Assessment

7. How to do systematic reviews of diagnostic tests Chair: L. Irwig (Australia).

Speakers: C. Gatsoni (USA), P. Glasziou (Australia)

8. Debate: Microeconomic evaluation of health technologies is in some danger of sinking into a self-referential morass of willful irrelevance Chair: L. Bero (USA).

Debators: D. Naylor (Canada), A. Williams (UK)

9. Productivity costs and valuation of time in economic evaluation Chair: B. O'Brien (Canada) Speakers: M. Sculpher (UK), F. Rutten (The Netherlands)

"Hot Topics"

10. Advances in information resources for health technology assessment Chair: C. Goodman (USA). Speakers: V. Alton (Sweden), I. Auston (USA), J. Glanville (UK)

11. The diffusion of minimally invasive cardiac surgery 12. Dissemination of information about Health Technology Assessment

.... AND hundreds of scientific papers to be presented!

POST-CONFERENCE WORKSHOP (June 11-13, Montreal)

Health Technology Assessment Applied to Screening

VERKKOEXTRA

Kongressin www-sivusto osoitteessa <http://istahc.lri.ca/>.

Tutkimustiedon kriittinen arviointi

Aika: 23. - 24.2.1998

Paikka: Helsinki?

Järjestäjät: Stakesista FinOHTA (Terveystieteiden tutkimuskeskus) ja PALA (Palvelut ja laatu -yksikkö) sekä Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lääkäriliitto

Tavoite: Tutustuttaa osallistujat näyttöön perustuvaan terveydenhuoltoon (evidence based medicine). Kehittää osallistujien valmiuksia tutkimustiedon arvioinnissa ja soveltamisessa käytännön työhön. Kurssi perustuu ongelmalähtöiseen oppimiseen ja pienryhmätyöskentelyyn. Tavoitteena on tutkitun tiedon tehokkaampi käyttö potilastyössä, menetelmien arviointitoiminnassa, tutkimustyön suunnittelussa sekä terveydenhuollon päätöksenteossa. Tavoitteena on myös, että kurssilaiset oppivat

etsimään jokaisesta aiheesta vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Ovatko tutkimustulokset luotettavia? Mitä tulokset merkitsevät? Onko tuloksista hyötyä käytännön päätöksenteolle?

Kurssin kulku: Jokaisesta alla olevasta aiheesta pidetään ensin noin tunnin luento ja tämän jälkeen pienryhmäistunto. Pienryhmässä ratkaistaan aiheeseen liittyvää ongelmaa 1) vaikuttavuus (hoito ja ennaltaehkäisy) 2) systemoidut kirjallisuuskatsaukset, 3) diagnostiset tutkimukset 4) taloudellinen arviointi.

Ilmoittautumiset 11.2.1998 mennessä Irene Munkila/FinOHTA, Stakes, puh. (09) 3967 2297, faksi (09) 3967 2278 tai sähköpostitse finohta@stakes.fi.

Osallistumismaksu on 1 500 mk (sis. ALV 22 %), joka sisältää kurssimateriaalin ja ateriat. Majoituksen kukin kurssilainen järjestää itse.

Muuta: Kurssille hyväksytään noin 30 osanottajaa. Kurssille anotaan hyväksymistä erikoislääkärikoulutukseksi. Aikaisemman vastaavan kurssin Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan erikoislääkäritoimikunta on hyväksynyt teoreettiseksi koulutukseksi (14 tuntia) kaikille erikoisalioille. **Muutokset ohjelmaan ovat vielä mahdollisia.**

Lisätietoja sisällöstä antaa erikoistutkija Helena Varonen, Stakes/Palvelut ja laatu -yksikkö, puh. (09) 3967 2291 tai helena.varonen@stakes.fi.

VERKKOEXTRA Tuorein ohjelma [koulutussivullamme](#).

Terveystaloustieteen Seuran vuotuinen teemapäivä - Taloudellinen arviointi terveydenhuollon päätöksenteossa: Onko siitä hyötyä?

Kuntatalossa Helsingissä (Toinen linja 14)

6. helmikuuta 1998 klo 9:stä alkaen

Pääpuhujana on Yorkin yliopiston terveystaloustieteen keskuksen johtaja professori *Michael Drummond*, joka esitelmöi kustannus-vaikuttavuusanalyysien käyttökelpoisuudesta terveydenhuollossa.

Lisätietoja: Pekka Rissanen, p. (09) 3967 2280, sähköposti: Pekka.Rissanen@stakes.fi, tai Satu Kerppilä, p. (09) 3967 2262, sähköposti: Satu.Kerppila@stakes.fi.

Edellinen

Seuraava

Alkuun

-